

様式第17号 (第19条関係)

被 災 届

年 月 日

殿

住 所

届出者 氏 名

電 話

下記のとおり災害による被害を受けたので届け出ます。
火災

記

被災年月日	
年 月 日	
被災場所	<input type="checkbox"/> 届出者の住所と同じ <input type="checkbox"/> その他(豊川市)
被災の原因	<input type="checkbox"/> 暴風 <input type="checkbox"/> 豪雨 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> その他 ()
被災の程度	
<input type="checkbox"/> 被災世帯に属する者の死亡	
死亡した者の氏名	生 年 月 日
死亡年 月 日	死 亡 年 月 日
年 月 日生	年 月 日
年 月 日生	年 月 日
年 月 日生	年 月 日
<input type="checkbox"/> 被災世帯に属する者の1週間以上の入院加療を要する負傷	
負傷した者の氏名	生 年 月 日
年 月 日生	医療機関の名称
年 月 日生	入 院 期 間
年 月 日生	年 月 日から
年 月 日生	年 月 日まで
年 月 日生	年 月 日から
年 月 日生	年 月 日まで
<input type="checkbox"/> 住居の滅失 <input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 全焼 <input type="checkbox"/> 半壊、半焼等相当程度の住居の損害 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 半焼 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 一時的に居住することができない程度の住居の損害 <input type="checkbox"/> 床上浸水 <input type="checkbox"/> 土砂のたい積 <input type="checkbox"/> その他 ()	
避難場所等前記以外の届出者の連絡先	
居所又は現在地	
電話	

備考 該当する□にレ印を記入してください。